

Kinderwunsch  
Privatpatienten

0069073703

Die Rechnungslegung erfolgt an den Patienten

BITTE markieren Sie die Felder mit einem schwarzen oder blauen Strich!

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Diagnose / Verdacht

Geschlecht	Entnahmedatum	Entnahmezeit
	T   T   M   M   J   J	h   h   m   m

## Weitere Anforderungen

FA3400 V04 · 07/2025

Barcode-Etikett  
einkleben,  
wenn vorhanden

Stempel / Unterschrift des Überweisers

## Patienteneinwilligung für genetische Analysen

Bei den mit **I** gekennzeichneten Analysen muss **diese** Patienteneinwilligung durch den Patienten unterschrieben sein.

Ich wurde gemäß den Erfordernissen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung und die dafür erforderliche Probenentnahme ein. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

WICHTIG! Für alle genetischen Anforderungen von der Rückseite muss die Extra-Einwilligungserklärung (liegt bei) unterzeichnet werden!

T | T | M | M | J | J

Datum

Unterschrift Patient / Patientin

## Auftragerteilung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung und Liquidation der gekennzeichneten Laboranalysen zu den Kostensätzen der GOA. Die Laborkosten beinhalten zusätzlich eine einmalige Material- und Versandkostenpauschale in Höhe von 10,67 Euro. Die Rechnung wird direkt vom Labor gestellt. Mir ist bekannt, dass die Erstattung der Kosten von den jeweiligen Bedingungen meiner privaten Krankenversicherung abhängt und daher nicht gewährleistet werden kann. Ich willige ein, dass meine Daten und Proben ggf. durch ein Versandlabor zu diagnostischen Zwecken gemäß DSGVO verarbeitet werden. **Hinweis:** Laborleistungen sind gemäß § 4 USTG von der Umsatzsteuer (19 %) befreit, sofern sie durch einen Arzt, Zahnarzt oder eine hauptberuflich tätige Person (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten) veranlasst werden. Der Nachweis wird durch die **Unterschrift** und den **Praxisstempel** des Überweisers auf dem Anforderungsschein erbracht. Liegt dieser Nachweis zum Zeitpunkt der Beauftragung nicht vor, unterliegen die Laborkosten der Umsatzsteuerpflicht.

T | T | M | M | J | J

Datum

Unterschrift Patient / Patientin

Bei Minderjährigen ist der Name eines Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich!

Preisänderungen sind vorbehalten!

Basislabor		€
■ Kleines Blutbild	24h	E 4,03
■ Großes Blutbild	24h	E 5,38

Hormone		
■ LH	■ FSH	S je 16,76
■ 17-β-Östradiol (E2)		S 15,64
■ Prolaktin	■ Progesteron	S je 15,64
■ 17-Hydroxy-Progesteron		S 23,46
■ Dihydrotestosteron	24h	S 33,52
■ Testosteron		S 15,64
■ SHBG		S 20,11
■ Freier Androgenindex (FAI)		S 35,75
■ DHEA		S 61,66
■ DHEAS		S 15,64
■ Androstendion		S 23,46
■ Cortisol		S 16,76
■ AMH	■ Inhibitin B	S je 50,28

Eisenstoffwechsel		
■ Abklärung Anämie	24h	S, Sz, E 98,54
kl. Blutbild, Retikulozyten, Hb i, Retikulozyten, CRP, Ferritin, Holo Tc, Transferrinsättigung, Vitamin B12, Folsäure		
■ Ferritin	24h	S 16,76
■ lösL. Transferrin Rezeptor	24h	S 16,76

Basisanalysen		
■ ANA		S *39,55
■ Differenzierung bei pos. ANA		S *1
■ dsDNA-AAk		S 20,11
■ ENA-AAk		S *2 20,11
SS-A, SS-B, Scl-70, Sm, U1-RNP, JO-1		

Anti-Phospholipid-Syndrom		
■ Lupus-Antikoagulanz	<8 h	3 CPI 95,84
■ Cardiolipin-AAk (IgG, IgM)		S 60,33
■ β2-Glykoprotein I-AAk (IgG, IgM, IgA)		S 90,48

Zöliakiediagnostik		
■ Zöllakie-Antikörper		S 59,65
Transglutaminase-2 IgA, Endomysium IgA, Gesamt IgA		
■ Gesamt IgA		S 10,05
Transglutaminase-2-AAk		S
■ IgA ■ IgG		je 30,16
Endomysium-AAk		S
■ IgA ■ IgG		je *19,44
deamidierte Gliadin Ak		S
■ IgA ■ IgG		je 34,19
Zöliakie genetisch HLA-DQ2/DQ8	!	E 241,31

**Material:** S = Serum, Sz = Serum abzentrifugiert/getrennt, H = Heparinblut (9 ml), E = EDTA-Blut, grE = großes EDTA (9 ml), cNaF = Citrat-Natrium-Fluoridblut, PISF = Perimplant Sulcus Fluid, ST-Set = Stuhl-Set, ZA = Zahntaschenabstrich, CPI = Citrat-Plasma, U = Urin / ! = Genetik / Einwilligungserklärung / Abnahmematerial bitte anfordern unter Tel. 030 - 77001-220

<8h = Probeneingang im Labor < 8 h nach Entnahme! / 24h = Probeneingang im Labor 24 h nach Entnahme! Bundesweiter Kurierdienst, Tel. 030 - 77001-450. / = Profil

## Befundkopie für Patienten im Online-Portal

Diabetes		€
■ Glukose	24h	cNaF 2,68
■ HbA1c		E 13,41
■ Insulin	24h	Sz 16,76
■ HOMA Index (Insulin, Glukose)	24h	Sz, cNaF 19,44
■ Proinsulin intakt	24h	E 15,64

  

Schilddrüse		€
■ TSH basal		ft3 16,76
■ Thyreoperoxidase Ak (MAK)		S 30,16
■ TSH-Rezeptor Ak (TRAK)		S 24,58
■ Jod		S 60,33

## Immunologische Untersuchungen

## Quantitatives Immunprofil

Basisprofil 24h E 202,43

T-NK, B-Zellen, CD4+, CD8+, Ratio, T-naiv/memory, aktivierte T-Zellen

T<sub>reg</sub>- Zellen 24h E 75,75

NK-Zell-Zytotoxizitätstest 24h 2h, E 126,02

Fertilität

TH1/TH2 24h H 73,73

TH1/TH2/TH17/T<sub>reg</sub> 24h H 117,30

IFN-γ, IL-4, IL-17, IL-10, IL-2

## Entzündung

## Proentzündliche Mediatoren

CRP hoch sensitiv 24h S 13,41

TNF-α 24h S 20,11

IL-6 24h S 33,52

## Antientzündliche Mediatoren

IL-10 24h S 33,52

TGF-β 24h S 33,52

## Weitere Untersuchungen

Spermien Ak (Frauen) 24h S 30,16

Spez. IgE rCan f5 (E226) 24h S 16,76

## Parodontologie

11 Markerkeime (Pool) 24h ZA 100,55

Calprotectin i. Sulkusflüssigkeit 24h PISF je 33,52

ZAHNTASCHENABSTRICH

**Anforderungsempfehlung nach Indikation: weibliche und männliche Fertilität**

**Weibliche Fertilitätsstörung**

**Hormonstatus unauffällig**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

**Hypergonadotroper Hypogonadismus**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

FMR1 Repeat (Fragiles-X-Syndrom, Prämutation)

! E 402,00

**Primäre oder Prämature Ovarialinsuffizienz**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

Molekulare Karyotypisierung (Array CGH)

! E 1817,00

FMR1 Repeat (Fragiles-X-Syndrom, Prämutation)

! E 402,00

POF Paneldiagnostik

! E 3138,00

**Hypogonadotroper Hypogonadismus**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

CHH Paneldiagnostik

! E 3859,00

**AGS, nicht klassisches AGS**

CYP21A2 (21-Hydroxylase-Defizienz)

! E 1264,00

AGS Paneldiagnostik (seltene Ursachen AGS)

! E 1795,00

PCO Paneldiagnostik (Polyzystisches Ovarialsyndrom)

! E 3059,00

**Eizellreifungsstörung**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

Meiosestörung Paneldiagnostik

! E 3045,00

**Wiederholtes Implantationsversagen**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

Endometriale Mikrobiomanalyse

\* A 299,00

**Immunologische Faktoren**

NK-Zell-Zytotoxizitätstest (Fertilität)

24h 2H, E 126,02

TH1/TH2 Balance

24h H 73,73

regulatorische T-Zellen (T<sub>reg</sub>)

24h E 75,75

proentzündliche Zytokine (TNF-α, IL-6)

24h S 53,63

**Habituelle Aborte**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 408,00

Submikroskopische Analyse (Optical Genomic Mapping / Bionano)

! E 1330,00

Gerinnungsstörung (Faktor II, Faktor V)

! E 227,90

**Immunologische Faktoren**

NK-Zell-Zytotoxizitätstest (Fertilität)

24h 2H, E 126,02

TH1/TH2 Balance

24h H 73,73

regulatorische T-Zellen (T<sub>reg</sub>)

24h E 75,75

proentzündliche Zytokine (TNF-α, IL-6)

24h S 53,63

**Abortgewebe**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 408,00

Maternaler Kontaminationsausschluss

! E 288,00

Molekulare Karyotypisierung (Array CGH)

! E 1330,00

Rezidivierende Molenschwangerschaft Paneldiagnostik

! E 2847,00

**Männliche Fertilitätsstörung**

**Hormonstatus unauffällig**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

**Hyper- oder normogonadotroper Hypogonadismus**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

**Hypogonadotroper Hypogonadismus**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

**Spermogramm unauffällig**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

Spermien DNA Fragmentierung Assay (Halosperm)

\* SPE 210,00

**Oligozoospermie**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

AZF Mikrodeletion

! E 523,00

Spermien Paneldiagnostik

! E 3161,00

**Nicht obstruktive Azoospermie**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

AZF Mikrodeletion

! E 523,00

Spermien Paneldiagnostik

! E 3161,00

**Obstruktive Azoospermie**

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! H 358,00

CFTR Mutationsanalyse

! E 1949,00

ADGRG2 Mutationsanalyse

! E 1540,00

Spermien Paneldiagnostik

! E 3161,00

**Assistierte Reproduktions- und Pränataldiagnostik**

! H 358,00

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

\* A 299,00

Endometriale Mikrobiomanalyse

\* SPE 210,00

Spermien DNA Fragmentierung Assay (Halosperm)

! WA+E für den Mann: 600,00

Carrier-Screening (108 Gene) / beide Partner zur Risikopräzisierung für Anlageträgerschaften (nur nach Beratung durch einen Facharzt / eine Fachärztin für Humangenetik möglich)

! WA+E für die Frau: 700,00

**Polkörper- und Präimplantationsdiagnostik**

ab

Aneuploidie

! PK/TE 1322,00

Strukturelle Chromosomenaberration

! PK/TE 1744,00

Monogene Erkrankungen

! TE 7398,00

**Nicht invasiver Pränataler Test (NIPT)**

Bitte Abnahmeset im Labor unter Tel.-Nr. 030 77001 225 anfordern

Veracity Trisomie 13, 18 und 21 (auch bei Geminischwangerschaften)

! BK 169,03

Veracity Trisomie 13, 18, 21 und Geschlechtschromosomen

! BK 183,58

Veracity Trisomie 13, 18, 21, Geschlechtschromosomen und vier Mikrodeletionen (1p36, 4p16.3, 17p11.2, 22q11.2)

! BK 358,33

NIPT Rhesus D

! grE 134,07

**Pränatale Diagnostik (an Chorionzotten, Fruchtwasserzellen und Fetalblut)**

! Ch, FW, FB 790,00

Karyotypisierung (Chromosomenanalyse)

! Ch, FW, FB 207,00

Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH)

! Ch, FW auf Anfrage

Indikationsbezogene Einzelgendiagnostik

! Ch, FW auf Anfrage

Indikationsbezogene Paneldiagnostik

! Ch, FW auf Anfrage

Indikationsbezogene Whole Exome Sequenzierung (Trio mit Eltern)

! Ch, FW auf Anfrage

**Material:** S = Serum, E = EDTA-Blut, H = Heparinblut (9 ml), C = Citrat-Blut, WA = Wangenabstrich, PK = Polkörper, TE = Trophektoderm, Ch = Chorionzotten, FW = Fruchtwasser, FB = Fetalblut, BK = Bitte Entnahmeset im Labor anfordern

! Ch, FW, FB auf Anfrage

\* A = Abstrich Gebärmutterhals: Abstrichtupfer ausschließlich unter Tel.-Nr. 089 895578-0 bestellen!

\* SPE = Sperma: nur nach telefonischer Rücksprache unter Tel.-Nr. 030 92090727 einsenden!

! = Genetik / Ausführliche Einwilligungserklärung



0069073603